

第111回 日本消化器内視鏡学会九州支部例会

第79回

九州消化器内視鏡技師研究会

プログラム・抄録集

————— 日 時 —————

2021年6月12日(土) 9:15~16:40

機器取扱い講習会 13:50~16:20

————— 会 場 —————

WEB開催／福岡県

主催 九州消化器内視鏡技師会

共催 第111回 日本消化器内視鏡学会九州支部例会

第79回 九州消化器内視鏡技師研究会 プログラム	
9:05	九州消化器内視鏡技師会総会 九州消化器内視鏡技師会会長 平田 敦美
9:15	開会の辞 例会長 福岡大学医学部消化器内科 平井 郁仁
9:25	特別講演Ⅰ 「胆膵内視鏡 ～介助者に必要な知識～」 講師：福岡大学病院 石田 祐介 司会：佐賀大学医学部附属病院 大野 明博
10:25	一般演題 座長：熊本大学医学部附属病院 川西 幸洋 九州医療センター 石原 えつ子
10:55	教育講演 「消化器内視鏡分野における高周波電気メスの基礎から応用」 講師：嶋田病院 原田 晋太郎 済生会日田病院 國武 憲章 司会：大分三愛メディカルセンター 高木 基
12:00	特別講演Ⅱ 「内視鏡介助技術向上に向けて ～大腸内視鏡診療を中心に～」 講師：福岡大学病院 船越 禎広 司会：千鳥橋病院 川原 政幸
13:00	ワークショップ 「内視鏡に関わる多職種の役割について」 座長：福岡大学病院 二ノ宮 寿美 公立八女総合病院 中尾 恭平
13:50	内視鏡機器取り扱い講習会（基礎編） 講師：オリンパス株式会社 金谷 文吾 中里 頌一郎 木山 雅直
16:20	技師試験説明 九州消化器内視鏡技師会学術委員長 川崎 正一
16:35	閉会の辞 第79回九州消化器内視鏡技師研究会技師世話人 二ノ宮 寿美 次回技師世話人 岳下 玄征

【特別講演 I】

「胆膵内視鏡 ～介助者に必要な知識～」

講師 福岡大学病院 石田 祐介

講演内容

- EUS(EUS-FNA含む)・ERCPの適応
- 検査準備について
- 検査介助時の注意点と病棟看護師への申し送り内容について
- 治療について（スパイグラス、ドレナージなど）

【特別講演Ⅱ】

「内視鏡介助技術向上に向けて ～大腸内視鏡診療を中心に～」

講師 福岡大学病院 船越 禎広

講演内容

- 私が考える大腸内視鏡検査時の介助者のコツ
- 私が考える大腸内視鏡治療時の介助者のコツ
- 大腸内視鏡診療介助ステップアップのための当院の取り組み

【教育講演】

「消化器内視鏡分野における高周波電気メスの基礎から応用」

講師 嶋田病院

済生会日田病院

原田 晋太郎

國武 憲章

講演内容

- 『切開』の基礎
- 『凝固』の基礎
- 『高周波電気メスの基礎 ～混合切開波 V10(End cut)～』
 - * 切開混合波の基礎
 - * 混合切開波におけるエフェクト設定(V10)
 - * 切開混合波における切開時間と切開間隔の理解(V10)

【一般演題】

経口的上部内視鏡検査に使用するマウスピース選定基準の明確化

社会医療法人共愛会 戸畑共立病院 臨床工学科¹⁾

○林 朋奈¹⁾、町井 基子¹⁾、久野慎太郎¹⁾
渡邊千代美¹⁾、灘吉 進也¹⁾

【目的】

経口的上部内視鏡検査時は内視鏡を噛まれる等の損傷防止や、唾液や洗浄液等の液体の誤嚥防止の効果があるため、マウスピースを用いて検査を施行する。当院において、マウスピースの大小に限らず種類は複数あるが、その選定に明確な基準はない。そこで今回、当院におけるマウスピースの選定基準について検討した。

【方法】

当院で採用しているマウスピース3種類、マウスピースA：ブロックス[®]54Fr、マウスピースB：スコープセイバー[®]細径用、マウスピースC：エンド・リーダー[®]スタンダードタイプを対象とした。実験内容は、1. 嚙付部をノギスで測定した。2. 開口部をノギスで測定した。3. 内視鏡のマウスピース通過の可否を確認した。経口的上部内視鏡検査時に当院で主に使用している内視鏡、GIF-H290Z（先端部外径：9.9mm）、GIF-Q260（先端部外径：9.2mm）、GIF-H290（先端部外径：8.9mm）、EG-6400N（先端部外径：5.8mm）を対象とした。4. マウスピースを噛んだ場合を模擬し、プライヤーで嚙付部を挟み、プライヤーのハンドルを1mm、2mm、3mmと狭め、嚙付部に力を加えた状態で開口部を測定した。

【結果】

1. 嚙付部はA：29.9mm、B：18.5mm、C：20.0mmであった。2. 開口部はA：20.9mm、B：13.5mm、C：11.0mmであった。3. A、Bは全ての内視鏡が抵抗無く通過した。CはEG-6400N以外通過しなかった。4. プライヤーのハンドルを1mm、2mm、3mm狭めた時のA、B、Cの開口部はそれぞれA：20.1mm、19.8mm、18.9mm。B：12.0mm、11.8mm、11.0mm。C：10.8mm、10.7mm、10.6mmであった。

【考察】

患者の口の開き具合は様々であり、それに適したマウスピースの選択が必要である。Aは全ての内視鏡が通過可能であったが、通過不可の内視鏡があったため、B、Cは抵抗無く挿入できる内視鏡の選定が重要となることが考えられた。さらに、B、Cどちらかを選択する場合、EG-6400N使用時は強度が高い点や舌圧子がある点でCが優れていることが示唆された。しかし、CはA、Bと比較して高価な点が課題である。今回の実験結果をもとに、マウスピース選定基準のフローチャートを作成し、業務改善に繋げることができた。

【結語】

当院におけるマウスピースの選定基準を明確化した。マウスピースの選定は患者の口の開き具合を考慮する必要があり、さらに選定したマウスピースに対し、使用可能な内視鏡を選定する必要がある。

A病院における細菌培養検査による内視鏡の質的評価と今後の課題

独立行政法人国立病院機構 九州がんセンター

内視鏡室 ○船越 寿恵、村上 友美、藪下 麻紀
早川 由枝、廣渡真奈美

医師 宮坂 光俊

臨床検査科 小川沙希恵

【はじめに】

A病院は年間約5000件の内視鏡検査及び治療を行っている。内視鏡の洗浄・消毒・保管は、日本消化器内視鏡学会の「内視鏡の洗浄・消毒に関するガイドライン」第二版に沿って行っている。日本消化器内視鏡学会では内視鏡の質保証のため、年1回の内視鏡の細菌培養検査（以下培養検査とする）を推奨しているがA病院ではこれまで培養検査を実施出来ていなかった。そこで培養検査により内視鏡機器の質的評価を行い、今後の課題を見出したいと考えた。

【目的】

培養検査により内視鏡機器の質的評価を行い、今後の課題を見出す。

【対象】

上部内視鏡1本、下部内視鏡1本、気管支鏡（HCU貸与分含む）2本、側視鏡1本、超音波内視鏡2本、洗浄機1台、収納庫（内視鏡室1ヶ所、放射線科1ヶ所）、病棟用気管支鏡運搬ボックス1つ。

【方法】

内視鏡定期培養プロトコールに準じてICT・検査科と培養検査のスケジュールを計画した。1日目は内視鏡の各管路より剥離液を採取、2日目はスタンプ培養を実施して計23検体をスタッフ3名で採取した。抗酸菌に関しては検査結果が出るまで2ヶ月程要するため今回は指標菌から除外した。

【結果】

内視鏡7本のうち2本の外表面から1コロニー、収納庫2ヶ所のうち1ヶ所から1コロニーの環境菌が検出され、他は全て陰性だった。検体採取には剥離液採取に90分、スタンプ培養には30分要した。

【考察】

培養検査の結果から内視鏡の洗浄・消毒・保管は適正に行われ、内視鏡の質保証は担保されていると考える。医療施設において感染のリスクが高い部署の一つが内視鏡室といわれており、内視鏡の質保証のためには今後も検査科と連携して年に1回の培養検査が必要である。今回が初めての培養検査ということもあり検体採取には時間を要した。今後は手順など事前の打ち合わせを入念に行いスムーズに培養検査を行いたい。そのためにはプロトコールを基に培養検査の手順や計画書を作成し、スタッフ間で共有する必要がある。これにより、内視鏡スタッフ全員が内視鏡の質保証のための定期培養検査の必要性について理解して実施することが出来ると考える。

【結語】

今回の培養検査で内視鏡の洗浄・消毒・保管状況について客観的に評価することが出来た。今後も内視鏡スタッフ、ICT、検査科と協力して定期的に培養検査を実施することで内視鏡の質の保証や内視鏡室全体の感染対策に努めていきたい。

消化器内視鏡看護師が大腸がん検診・大腸内視鏡検査を勧めるワケ ～受診率向上へのアプローチ方法の検討～

特定医療法人社団 春日会 黒木記念病院外来

○松尾 真美、松川由美子、安東 篤子

【研究目的】

消化器内視鏡検査に従事している私たちは、日頃から検診・検査を受けてさえいれば早期に発見できたであろう症例をたくさん見ている。なかでも大腸がんは若年者から高齢者までがかかる病気であるといわれており、検診・検査を受けていれば早期発見・早期治療に繋がったかもしれないと考えさせられることが多い。しかし日本の大腸がん検診受診率は男女ともに45%以下に止まる。ではなぜ検診・検査を受けないのかと疑問に感じ、身近な医療従事者であるA病院職員を対象にアンケートを実施し受診率向上のための具体的なアプローチを検討したいと考えた。

【方法】

対象：A病院と関連施設に勤務する職員全員にアンケートを実施

アンケートは2016年がん対策に関する世論調査のデータを元に独自に作成し無記名での回答
研究期間：2020年1月～2021年1月

【結果】

対象487名、男性139名、女性282名、無回答66名、計487名。アンケート結果、大腸がん検診受診率は9.6%、CS検査率は21.9%であった。大腸がん検診を受けない理由は①自覚症状がない②恥ずかしい③辛そう④タイミングが合わない⑤費用がどのくらいかわからない⑥必要性を感じない⑦下剤を飲むのが大変そう⑧時間がないとの結果となった。

受けたことがあるがん検診割合は大腸がん9.6%、胃がん11.2%、肺がん3.2%、女性は子宮頸がん68%、乳がん40%、男性は前立腺がん2.1%であった。福利厚生の一環として大腸がん検診を受けることができるとしたらの問いに無料なら受けたい52.9%、有料でも無料でも受けたい27.2%、有料無料にかかわらず受けたくない13.1%であった。

【考察】

世論調査では「受ける時間がない」という理由が1位であったが今回の独自アンケート調査では「自覚症状がない」「恥ずかしい」「辛そう」が上位に挙がっている。このことから医療従事者であっても検診や検査の重要性が理解されず、正しい知識が認識されていないのではないかと考える。一方で検診・検査を受けたいが家庭の都合や勤務の都合がつかずタイミングが合わないという回答が多く、日程の調整をすることが大変であることが伺える。また世論調査・アンケートともに費用について負担を感じている人が多い。

【結論】

医療従事者に対してもがん検診や内視鏡検査について、正しい知識や情報を伝達していく必要がある。今後、勉強会や院内掲示物等を通じ継続して発信していきたい。